



.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017.1743 z późn. zm.)

Dane identyfikacyjne dziecka										
imię										
nazwisko										
PESEL										
data urodzenia	dzień			miesiąc				rok		
miejsce urodzenia										
adres zamieszkania dziecka										
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko wraz z klasą/oddziałem										
imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych										
adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych										

Zaświadczenie o stanie zdrowie (§ 6 ust. 4. w/w Rozporządzenia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

ICD-



Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia*
uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki (nie mniej niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):

* *właściwe podkreślić*

.....
.....
.....

Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka
lub ucznia, w tym, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły/
placówki.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Inne istotne dla organizacji rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego/nauczania
indywidualnego informacje.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)